

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924. — N° 104

FONCTIONNEMENT
de la
CLINIQUE OBSTÉTRICALE
pendant l'année 1922

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Mai 1924.

par

Victor - Eugène DIGNE

Médecin de 2^e classe auxiliaire de la Marine

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de Guerre

Né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône), le 23 Décembre 1891

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE	professeur.	Président.
		BÉGOIN	professeur.	Juges.
		FAUGÈRE	agrégé	
		PAPIN	agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE
19, Rue de Berry, 19

1924

1923 - 1924. — N° 104

FONCTIONNEMENT de la CLINIQUE OBSTÉTRICALE

pendant l'année 1922

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Mai 1924.

par

Victor - Eugène DIGNE

Médecin de 2^e classe auxiliaire de la Marine

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de Guerre

Né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône), le 23 Décembre 1891

Examineurs de la Thèse

{	MM. RIVIÈRE.....	professeur.	Président.
	BÉGOUIN	professeur.	Juges.
	FAUGÈRE ...	agrégé	
	PAPIN.....	agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DAGUERRE

19, Rue de Berry, 19

—
1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER. CASSAET.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ VILLAR.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	DENUCE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ..	SABRAZÈS.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Clinique médicale des maladies des enfants ..	MOUSSOUS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Chimie biologique et médicale....	DENIGÈS.
Physiologie.....	PACHON.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Médecine Coloniale et Clinique des Malad. exot.	LE DANTEC.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
Physique biologique et clinique d'élec. médicale.	BERGONIÉ.	Pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale.....	GUYOT.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique des Maladies nerveuses et mentales..	ABADIE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Toxicologie et Hygiène appliquée.....	BARTHE.
		Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Médecine générale.....	{ CREYX. MICHELEAU BONNIN.
Histologie.....	LACOSTE.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Chirurgie générale.....	{ ROCHER. DUVERGEY. PAPIN. JEANNENEY
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Obstétrique.....	{ PERY. FAUGERE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	{ R. SIGALAS. N.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
Physique biologique et médicale...	RÉCHOU.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie biologique et médicale...	N.	Pharmacie.....	GOLSE.
	{ MAURIAC.		
Médecine générale.....	{ LEURET DUPERIÉ.		

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

Cours de clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	JEANNENEY.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Cours complémentaire de Chimie analytique.....	N.
Cours complémentaire d'Hygiène appliquée.....	N.
Cours complém. d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et éducation professionnelle.....	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE ET DE MA SŒUR

A MA FEMME

A MON ONCLE ET A MA TANTE
MONSIEUR ET MADAME VICTOR CASTEL

*Qui furent pour moi un second père et une
seconde mère ; qu'ils veuillent bien accep-
ter l'assurance de ma reconnaissance et
de ma tendre affection.*

A MES BEAUX-PARENTS

*à qui je suis heureux d'exprimer ma pro-
fonde affection et ma gratitude.*

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES

A TOUS CEUX QUI M'ONT TÉMOIGNÉ DE L'AMITIÉ

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLÉMY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE RIVIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Je lui adresse mes plus vifs remerciements
du grand honneur qu'il m'a fait en
voulant bien accepter la Présidence de
cette thèse. Qu'il veuille trouver ici le
témoignage de ma reconnaissance et de
mon profond respect.*

INTRODUCTION

Notre but en faisant la statistique de la Clinique d'accouchement est de donner une image aussi fidèle que possible de l'activité de ce service dont l'importance tant au point de vue social qu'au point de vue médical n'échappe à personne.

Par ce chapitre, nous nous contentons d'exposer des faits, nous ne tirons aucune conclusion. Ce n'est pas, en effet, une statistique portant sur une année qui peut permettre des résultats précis, et si un certain nombre de fois les pourcentages que nous obtenons correspondent à ceux qui se retrouvent dans les traités classiques, nous pouvons bien le dire : c'est un effet de pur hasard.

Dans une première partie, à côté d'un relevé général du nombre des femmes reçues dans le Service, nous mentionnons les avortements, les rétentions de fœtus macérés et les présentations anormales, les gestations multiples et les grossesses ectopiques.

Dans un deuxième chapitre, nous avons noté aussi soigneusement que possible les complications de la gestation : complications qui viennent tant de la mère que de l'œuf.

Nous mentionnons les divers états pathologiques qui peuvent influencer la grossesse et que nous avons rencontrés. Il va sans dire que, par mesure de réciprocité, nous

avons, lorsqu'il nous a été permis de le faire, parlé de l'influence de la grossesse sur ces états pathologiques généraux.

Dans une autre partie nous rassemblons les causes d'accouchements dystociques, qu'elles soient d'origine maternelle ou fœtale.

Puis, nous avons indiqué toutes les interventions qui ont été pratiquées, soulignant, en même temps, les résultats obtenus pour la mère et pour l'enfant.

Vient ensuite un chapitre des suites de couches auquel succède celui de la mortalité maternelle.

Pour l'enfant, nous avons cru devoir placer à côté du chapitre « Malformations » celui des accidents et maladies et nous terminons par la mortalité infantile.

Il nous a paru intéressant de réunir en deux chapitres « Primipares » et « Multipares » tout ce qui se rapporte à chacune de ces catégories de femmes.

Enfin, nous avons reproduit ou résumé celles des observations dont l'intérêt est incontestable.

Puissions-nous avoir atteint le but que nous nous étions proposé.

Nous tenons à remercier M. le Professeur Rivière d'avoir bien voulu nous confier cette thèse et nous sommes heureux de lui adresser nos sentiments respectueux et reconnaissants.

STATISTIQUE GENERALE

Nombre des femmes reçues à la Clinique 723

Avortements 3

Accouchements par les voies naturelles... 709
dont 7 gémellaires.

Césariennes conservatrices 9

Césarienne avec hystérectomie 1

Grossesse extra-utérine 1

Mortalité maternelle 3
dont 2 après leur transfert à Canolle.

Nombre de naissances 726

Fœtus morts et macérés 6

Fœtus morts pendant l'accouchement 13

Enfants morts à la Clinique 22

Enfants sortis vivants de la Clinique 685

CHAPITRE I

AVORTEMENTS (1)

3 Observations.

(Numéros 284, 454, 699.)

En aucun cas nous n'avons pu déterminer la cause de l'avortement.

Nous relevons deux présentations céphaliques et une de l'épaule : observation 699.

Dans l'observation 284, il s'agit d'une femme de 35 ans, primipare, dont les antécédents nous révèlent un ictère catarrhal à 24 ans.

Ces avortements eurent lieu dans les quatrième et sixième mois environ.

Tous ces avortements se firent en deux temps.

Dans deux cas, il y eut expulsion spontanée du fœtus et du placenta; dans le troisième on dut pratiquer la délivrance artificielle : observation 699.

Les suites de couches furent normales.

Un enfant, né à cinq mois et demi vivant, mourut presque aussitôt : observation 454.

(1) La rareté des avortements dans notre statistique provient de ce qu'ils sont traités au Service d'isolement de Canolle.

CHAPITRE II

RETENTIONS DE FŒTUS MORTS

6 Observations.

(Numéros 101, 125, 246, 292, 436, 641.)

Nous nous trouvons en présence de femmes à Wasserman positif, sauf pour l'observation 125.

Dans deux cas, la grossesse est parvenue à terme ou au voisinage du terme (obs. 101 et 641).

Dans deux cas, l'accouchement est survenu à sept mois (obs. 125 et 436).

Dans deux cas, l'accouchement est survenu à six mois et demi (obs. 246 et 292).

Dans les observations 101, 125, 436, 641, il s'agit d'une présentation céphalique.

Dans les autres cas on se trouvait en présence de :

Siège complet : obs. 246.

Siège décompleté mode des fesses : obs. 292.

Dans tous les cas l'expulsion spontanée du fœtus fut suivie de délivrance naturelle, sauf pour l'observation 292 où la délivrance artificielle fut pratiquée.

Les suites de couches furent normales.

CHAPITRE III

ACCOUCHEMENTS

1° Présentations.

<i>Sommets</i>	678
Accouchements spontanés	595
Acc. opératoires par voies naturelles... (81 forceps; 2 basiotripsies.)	83
<i>Face</i>	2
Accouchement spontané	1
Acc. opératoires par voies naturelles... (1 forceps.)	1
<i>Siège</i>	19
Accouchements spontanés	18
Acc. opératoires par voies naturelles... (1 grande extraction avec forceps sur tête dernière.)	1
<i>Epaule</i>	3
Acc. opératoires par voies naturelles... (2 versions par manœuvres externes 1 version podalique et extraction du siège.)	3

Dans ce chapitre nous n'avons pas compris les présentations dans les grossesses gémellaires; celles-ci faisant l'objet d'un chapitre à part. Nous ne comptons pas dans les présentations anormales celles déjà mentionnées aux rubriques : « Avortements, rétentions de fœtus morts ».

2° Présentations anormales.

a) *Présentation du siège.*

19 Observations.

Nous les diviserons en :

1° *Sièges complets* 8
(Observations N^{os} 238, 320, 368, 466, 498, 556,
579, 715.)

3 primipares (238, 466, 579) ; 5 multipares.
2° *Sièges décomplétés mode des fessés* 11
(Observations N^{os} 17, 181, 268, 310, 315, 429,
487, 605, 612 *bis*, 622, 625.)

4 primipares (429, 487, 622, 625) ; 7 multipares.

Soit au total 19 présentations du siège dont 7 chez des primipares.

Dans la plupart des cas, nous n'avons pu retrouver la cause de l'anomalie dans la présentation.

Deux fois pour rétrécissement du bassin (cypho-scoliose) obs. 429 et 487.

Une fois dans un cas d'insertion basse (obs. 715).

Dans un cas (obs. 368), nous avons une présentation de l'épaule pendant la gestation. Transformation spontanée en siège pendant le travail.

Dans un autre cas (obs. 715), par suite de placenta prævia marginal, la présentation normale fut transformée en siège (par manœuvres internes) en vue d'accélérer le travail.

Une autre fois encore (obs. 612 *bis*), une présentation de l'épaule fut transformée en siège.

Signalons trois accouchements prématurés (obs. 17 à huit mois et demi), (obs. 315 et 554 à huit mois).

Dans un cas (obs. 429), nous notons la procidence du cordon. La même observation signale l'échec de la version par manœuvres externes pendant la grossesse.

Un enfant mort-né (obs. 612 : Siège décomplété mode des fesses).

Un enfant mort deux jours après (obs. 605 : Siège décomplété mode des fesses).

Deux fois on dut recourir à la délivrance artificielle (obs. 268 et 466).

Le plus souvent l'expulsion du fœtus fut spontanée et seule la manœuvre de Mauriceau fut utilisée.

Dans un cas on dut avoir recours à une application de forceps sur tête dernière (obs. 268) pour souffrance fœtale et insuffisance de progression.

Nous avons noté cinq lésions périnéales sans gravité (obs. 268, 320, 498, 579, 625).

Nous avons signalé aux chapitres spéciaux « Avortements, rétentions de fœtus, grossesses gémellaires » les modes de présentations observés dans ces cas.

b) *Présentation de la face.*

2 Observations.

(N^{os} 43 et 366.)

1 primipare (43) ; 1 multipare.

Chez ces deux femmes le bassin était normal.

Une application de forceps (obs. 366) pour souffrance fœtale.

Dans l'autre cas l'expulsion du fœtus fut spontanée.

Chez ces deux femmes : délivrance naturelle.

Aucun accident à la mère ni à l'enfant.

c) *Présentations de l'épaule.*

3 Observations.

(N^{os} 12, 216, 612 bis.)

Dans un cas, il s'agit d'un très gros enfant : 4 kg. 820. La réduction fut faite par version par manœuvres externes à dilatation complète (obs. 12).

Une seule de ces femmes était primipare (obs. 216).

Pour le 612 *bis* on dut pratiquer la version podalique et la grande extraction du siège.

Note : Trois autres présentations de l'épaule sont signalées : d'une (obs. 699) aux « Avortements » ; les deux autres (obs. 246 et 292) aux « Rétentions de fœtus morts ».

Enfin, dans une grossesse gémellaire, ce fut le mode de présentation du deuxième fœtus.

3^o Gestations multiples.

Grossesses gémellaires.

7 Observations.

(N^{os} 15, 63, 208, 289, 363, 447, 667.)

Se divisent en :

Grossesses gémellaires uni-choriales : nombre 3 (obs. 208, 363, 447).

Grossesses gémellaires bi-choriales : nombre 4 (obs. 15, 63, 289, 667).

4 primipares (15, 208, 447, 667) ; 3 multipares (63, 289, 363).

Un seul Wasserman positif (obs. 363). Un des fœtus présentait une procidence du cordon et de la main.

Dans quatre cas (obs. 15, 363, 447, 289), l'accouchement eut lieu à terme.

Dans un cas (obs. 208), l'accouchement eut lieu à 8 mois.

Dans un cas (obs. 667), l'accouchement eut lieu à 7 mois.

Dans un cas (obs. 63), l'accouchement eut lieu à 6 mois.

Dans ce dernier cas, les deux enfants sont morts quelques instants après la naissance.

Au point de vue « présentation », nous relevons :

2 sommets dans les observations 15, 208, 289, 363, 447.

2 sièges dans l'observation 63.

1 siège et 1 épaule dans l'observation 667.

Dans tous les cas l'expulsion fut spontanée, sauf pour un des fœtus (obs. 667) où l'on dut pratiquer la version par manœuvres externes.

Chez toutes ces femmes, la délivrance naturelle a été de règle.

Une grossesse gémellaire bi-choriale qui se termina au septième mois donna deux enfants qui moururent quelques instants après leur naissance (obs. 63).

Une grossesse gémellaire uni-choriale donna un fœtus mort en naissant, l'autre mourut le lendemain (obs. 208).

Au point de vue sexe : six filles et six garçons.

Six filles et quatre garçons sortirent vivants de la Clinique.

Dans la moitié des cas, les grossesses bi-choriales donnèrent des enfants du même sexe.

Une seule de ces femmes (obs. 363) eut un Bordet-Wasserman positif. Pendant la gestation elle présenta une hydraemios aiguë. La grossesse ne fut pas interrompue et cette parturiente mit au monde deux enfants vivants. Mère et enfants quittèrent la Clinique en bon état.

4° Grossesse extra-utérine (1)

1 Observation.

(N° 239 bis.)

Il s'agit d'une femme syphilitique présentant une grossesse tubaire droite rompue dans le ligament large et continuant à évoluer depuis un mois et demi. On dut pratiquer une laparatomie d'urgence.

Sur trois grossesses antérieures présentées par cette femme aucune n'est parvenue à terme : 1 avortement; 2 accouchements prématurés spontanés. Aucun enfant vivant.

(1) Les grossesses ectopiques ne sont pas traitées à la Clinique, mais dans un service gynécologique.

5° Accouchements prématurés.

65 Observations.

1° Spontanés :

(N^{os} 16, 17, 33, 39, 42, 45, 48, 51, 64, 71, 94, 97, 101, 112, 125, 141, 147, 152, 154, 59, 184, 187, 188, 196, 198, 221, 223, 228, 230, 233, 261, 264, 286, (292), 315, 328, 329, 349, 356, 358, 365, 367, 371, 387, 412, 436, 453, 456, 472, 478, 508, 527, 545, 552 bis, 556, 594, 603, 608, 629, 631, 645, 662, 668, 692, 704.)

Age de la grossesse des accouchements prématurés spontanés :

8 mois $\frac{1}{2}$: 16, 39, 42, 64, 188, 223, 228, 365, 371, 412, 692.

8 mois : 17, 33, 48, 94, 101, 147, 187, 196, 230, 233, 286, 315, 328, 329, 356, 358.

7 mois $\frac{1}{2}$: 45, 51, 159, 198, 264, 552 bis, 629, 631.

7 mois : 97, 112, 125, 152, 154, 184, 221, 261, 349, 436, 456, 478, 508, 545, 668.

6 mois $\frac{1}{2}$: 71, 141, (292), 453, 645.

Dans 28 cas, nous n'avons pu relever les causes de l'accouchement prématuré. Nous avons pu, par contre, relever un certain nombre de malformations chez la femme. C'est ainsi que nous notons :

3 bassins rétrécis.

1 bassin scoliotique.

1 luxation congénitale, uni-latérale, de la hanche.

D'autres fois, nous avons vu coexister des états pathologiques généraux :

Syphilis : 5 observations.

Tuberculose : 1 observation.

Goître exophtalmique : 1 observation.

Dans deux cas, nous avons noté l'insertion basse du placenta.

Dans deux observations les femmes avaient présenté de l'albumine pendant la grossesse.

Une femme avait eu des crises d'éclampsie pendant la gestation.

Une autre avait présenté de l'endométrite.

Sauf dans deux cas, la délivrance fut naturelle. Signalons :

- 1 procidence du cordon;
- 1 procidence du cordon et du bras;
- 1 procidence de la main.

Comme intervention, signalons :

- 1 version par manœuvres externes pendant la grossesse;
- 2 applications de forceps dans l'excavation;
- 1 application de forceps au détroit inférieur;
- 2 manœuvres de Mauriceau.

Les suites de couches furent normales dans presque tous les cas. Une seule fois, en effet, nous trouvons une infection d'origine amniotique.

Toutes les femmes quittèrent la Clinique en bonne santé.

Pas de malformation chez l'enfant.

La mortalité infantile se décompose en :

Fœtus morts et macérés	4
Enfant mort en naissant	1
Enfants morts après la naissance	7

2° *Provoqués.*

6° Primipares.

309 Observations.

(N^{os} 1, 7, 10, 11, 14, 15, 18, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 31, 33, 37, 39, 40, 42, 43, 49, 50, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 67, 72, 74, 76, 77, 78, 82, 83, 84, 93, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 107, 108, 109, 111, 117, 119, 124, 126, 128, 129, 130, 131, 135, 138, 140, 141, 148, 152, 155, 156, 158, 162, 163, 170, 171, 173, 174, 178, 182, 183, 187, 188, 190, 192, 193, 194, 196, 200, 201, 205,

207, 208, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 221, 223, 229, 230, 231, 233, 234, 238, 239, 240, 241, 242, 247, 248, 249, 253, 255, 256, 258, 261, 264, 266, 269, 271, 272, 273, 274, 279, 280, 284, 287, 297, 298, 301, 303, 305, 307, 313, 314, 317, 322, 323, 325, 327, 331, 332, 333, 336, 337, 338, 341, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 353, 356, 359, 360, 364, 365, 370, 372, 374, 375, 376, 379, 382, 383, 386, 388, 395, 396, 397, 400, 405, 406, 407, 408, 410, 411, 412, 416, 417, 418, 421, 422, 423, 424, 426, 427, 428, 429, 431, 435, 437, 440, 447, 448, 452, 458, 459, 460, 461, 462, 466, 471, 474, 476, 478, 480, 483, 485, 487, 490, 494, 502, 505, 506, 507 *bis*, 508, 512, 514, 517, 520, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 529, 531, 532, 535, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 544, 546, 547, 549, 550, 551, 553, 559, 560, 561, 562, 569, 570, 572, 576, 577, 578 *bis*, 579, 585, 589, 590, 591, 603, 604, 607, 610, 611, 612, 615, 616, 620, 622, 625, 633, 638, 647, 651, 652, 653, 654, 659, 661, 663, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 678, 682, 683, 684, 686, 687, 688, 691, 692, 695, 699, 703, 706, 707, 709, 711, 712.)

Sur 309 primipares, nous relevons :

4 grossesses gémellaires, dont 2 uni-ovulaires;

9 présentations anormales :

7 sièges : { 3 sièges complets,
4 décomplétés mode des fesses);

1 face;

1 épaule.

Les 294 présentations normales ont nécessité :

5 césariennes conservatrices;

1 césarienne avec hystérectomie totale;

48 forceps;

33 épisiotomies;

20 délivrances artificielles;

2 fois le curage digital;

1 incision du col;

81 sutures du périnée,

Nous devons signaler :

3 accouchements prématurés provoqués;

23 accouchements prématurés spontanés.

Nous notons :

1 malformation utérine : utérus unicorne;

Comme complications de la gestation, signalons : 1 placenta prævia marginal, 1 hydramnios.

28 viciations pelviennes : 22 bassins aplatis et généralement rétrécis par rachitisme;

1 bassin de Nœgelé;

1 bassin coxalgique;

3 luxations congénitales de la hanche;

1 cypho-scoliose.

Dans un cas on dut pratiquer la délivrance artificielle, la mère se trouvant en état de choc obstétrical après la naissance de l'enfant.

Lés suites de couches furent normales, sauf chez vingt-neuf femmes, dont une mourut après son transfert à Canolle (infection streptococcique).

Une mère atteinte de goître exophtalmique ne put nourrir son enfant.

Trois enfants naquirent en état de mort apparente; ils furent ranimés.

La mortalité infantile s'élève à onze cas, sans tenir compte de cinq autres enfants morts en naissant.

Nous relevons chez l'enfant neuf accidents de nature diverse, dont un dû à l'application de forceps : paralysie faciale (obs. 705).

7° Multipares.

414 Observations.

(N^{os} 2 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 22, 25, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 38, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 56, 57,

59, 60, 61, 63, 64, 65, 68, 69, 70, 71, 73, 75, 79, 80, 81, 85,
86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 101, 104, 105, 106, 110, 112,
113, 114, 115, 116, 118, 120, 121, 122, 123, 125, 127, 132, 133,
134, 136, 137, 139, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 150, 151,
153, 154, 159, 160, 161, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 172, 175,
176, 177, 179, 180, 181, 184, 185, 186, 189, 191, 195, 197, 198,
199, 202, 203, 204, 206, 209, 210, 211, 212, 218, 220, 222, 224,
275, 276, 277, 228, 232, 235, 236, 237, 239 *bis*, 243, 244, 245,
246, 250, 251, 252, 257, 259, 260, 262, 263, 265, 267, 268, 270,
275, 276, 274, 278, 281, 282, 283, 285, 286, 288, 289, 290, 291,
292, 293, 294, 295, 296, 299, 300, 302, 304, 306, 308, 309, 310,
311, 312, 315, 316, 318, 319, 320, 321, 324, 326, 328, 329, 330,
334, 335, 339, 340, 342, 349, 350, 351, 352, 354, 355, 357, 358,
361, 362, 363, 366, 367, 368, 369, 371, 373, 377, 378, 380, 381,
384, 385, 387, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 398, 399, 401, 402,
403, 404, 409, 413, 414, 415, 419, 420, 425, 430, 432, 433, 434,
436, 438, 439, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 449, 450, 451, 453,
454, 455, 456, 457, 463, 464, 465, 467, 468, 469, 470, 472, 473,
475, 477, 479, 481, 482, 484, 486, 488, 489, 491, 492, 493, 495,
496, 497, 498, 499, 500, 501, 503, 504, 504 *bis*, 507, 509, 509 *bis*,
510, 511, 512 *bis*, 513, 515, 516, 518, 519, 521, 528, 530, 533,
534, 536, 543, 545, 548, 552, 552 *bis*, 554, 555, 556, 557, 558,
563, 564, 565, 566, 567, 568, 571, 573, 574, 575, 578, 580, 581,
582, 583, 584, 586, 587, 588, 592, 593, 594, 595, 596, 597,
598, 599, 600, 601, 602, 605, 606, 608, 609, 612 *bis*, 613, 614,
617, 618, 619, 621, 623, 624, 626, 627, 628, 629, 630, 631,
632, 634, 635, 636, 637, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646,
648, 649, 650, 655, 656, 657, 658, 660, 662, 664, 677, 679,
680, 681, 685, 689, 690, 693, 694, 696, 697, 698, 700, 701,
702, 704, 705, 708, 710, 713, 714, 715, 716.)

Sur 412 multipares, nous relevons :

3 grossesses gémellaires, dont 1 uni-choriale ;

15 présentations anormales :

12 sièges : $\left\{ \begin{array}{l} 5 \text{ sièges complétés,} \\ 7 \text{ sièges décomplétés mode des fesses;} \end{array} \right.$

- 1 face;
- 2 épaules.

Les 394 présentations normales ont nécessité :

- 4 césariennes conservatrices, dont 1 itérative;
- 55 forceps;
- 2 basiotripsies;
- 2 incisions du col;
- 4 épisiotomies;
- 21 délivrances artificielles;
- 23 sutures du périnée;
- 2 écouvillonnages.

Nous devons signaler :

- 39 accouchements prématurés spontanés;
- 3 accouchements prématurés provoqués.

Nous notons :

- 22 viciations pelviennes : bassins aplatis et généralement rétrécis par rachitisme.

Comme complications de la gestation, signalons :

- 2 hydraumios;
- 3 insertions basses du placenta, dont :
 - 1 placenta prævia central;
 - 1 placenta prævia marginal.

Les suites de couches furent normales, sauf pour vingt-quatre femmes.

Cinq femmes furent transéatées à Canolle, soit pour infection utérine, soit pour infection mammaire, abcès du sein.

La mortalité maternelle s'élève à deux cas.

La mortalité infantile s'élève à huit cas : huit foetus morts-nés.

Nous relevons chez l'enfant douze accidents.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS DE LA GESTATION

A) Utérus.

1. — *Malformation.*

1 Observation.

(N° 408.)

Utérus unicorne. Bassin de Nœgelé. Césarienne. Pied bot varus chez l'enfant.

Primipare, 20 ans. Femme de petite taille : 1 m. 53. Légère scoliose. Le losange de Michaléïs est réduit à un petit triangle à base verticale.

H.U. 39 cms déviée à droite, fond inaccessible. Col fermé et médian.

La femme examinée debout, les talons joints, présente une asymétrie de la région lombo-sacrée.

Inspection. — Utérus longitudinal médian dévié sur la droite, étroit.

Palpation. — Fond utérin inaccessible se trouvant sur le rebord des fausses-côtes. La seule hauteur mesurable est la hauteur cypho-pubienne : 37 cms.

Utérus avec peu de liquide; au-dessus du détroit supérieur on sent le siège complet très élevé; dos difficilement palpable. La tête, masquée par le rebord costal, ne peut être nettement définie.

Toucher vaginal. — Promontoire accessible à 9 cms, dont la face antérieure regarde vers la gauche. Existence d'un sillon profond à gauche du promontoire. La moitié gauche de l'excavation paraît nettement aplatie. La ligne innommée paraît presque rachitique, elle regarde en arrière et à droite. L'encoche sacro-iliaque gauche semble avoir des dimensions normales. Vagin infundibuliforme. Col ramolli mais très long, percé d'un orifice punctiforme.

La symphyse sensiblement médiane a une hauteur normale.

Césarienne avant tout début de travail.

Anesthésie au chloroforme.

Laparatomie médiane.

L'extériorisation de l'utérus est difficile en raison de la hauteur à laquelle il remonte dans les côtes. On extériorise un demi-utérus droit et ses annexes. *Il n'y a ni corne rudimentaire, ni trace d'annexes à gauche.*

Le fœtus en présentation du siège est étroitement sanglé dans cette corne utérine à parois très minces. Il est rapidement extrait. L'utérus se rétracte énergiquement, la délivrance est aisée et rapide.

Points de catgut et surget. Suture de la paroi en 3 plans.

Suites normales.

L'enfant crie aussitôt.

II. — *Fibromes.*

5 Observations.

(N^{os} 135, 142, 298, 512, 646.)

Trois primipares (135, 298, 512); deux multipares.

Dans trois cas (obs. 135, 142 et 298) il s'agit de petits fibromes n'ayant en rien influencé la grossesse et l'accouchement.

Les observations 512 et 646 se rapportent à des fibromes qui l'un (obs. 512), par suite de sa position « fibrome prævia » et de la gêne qu'il entraînait au point de vue obstétrical, nécessita une césarienne avec hystérectomie totale. Cette intervention fait l'objet d'un chapitre spécial.

L'autre (obs. 646) se compliquant de viciation pelvienne (bassin rétréci) a entraîné une basiotripsie après échec d'extraction au forceps et mort de l'enfant. Nous résumons cette observation au chapitre « basiotripsie ».

Dans tous les cas, la présentation était une présentation céphalique; toutes ces grossesses sont arrivées à terme.

Un seul accouchement fut spontané (obs. 298); trois fois une application de forceps fut jugée nécessaire (obs. 135, 142, 646).

Les suites de couches ont été normales.

Chez l'enfant : un mort-né (obs. 646).

III. — *Endométrites.*

3 Observations.

(N^{os} 349, 368, 429.)

Une primipare (429); deux multipares.

Un accouchement prématuré à sept mois (obs. 349).

Deux présentations anormales : épaule transformée en siège pendant le travail (368);

Siège décomplété mode des fesses, procidence du cordon (429).

Dans tous les cas l'accouchement fut spontané. Les suites de couches furent normales, sauf pour l'observation 349, où nous relevons une infection utérine d'origine amiotique.

Chez l'enfant, nous relevons, à l'observation 429 : l'enfant, en état de mort apparente, fut ranimé après vingt minutes de manœuvres.

OBSERVATION 349.

Multipare. Accouchement prématuré à 7 mois. La malade a perdu les eaux prématurément.

Suites de couches fébriles : endométrite.

Transatée à Canolle, cette femme en est sortie sur sa demande expresse.

B) Œuf.

I. — Hydramnios.

3 Observations.

(N^{os} 168, 363, 707.)

Une primipare (obs. 707); deux multipares, dont une gémellaire (obs. 363).

Grossesse gémellaire uni-choriale.

Dans un cas, l'hydramnios évolua d'une façon aiguë et une ponction de l'œuf fut jugée nécessaire (obs. 707).

La syphilis ne se rencontre d'une façon certaine que dans une observation (n^o 363); Wasserman positif.

Dans tous les cas, la présentation normale fut de règle. Le forceps fut appliqué dans l'observation 707; l'enfant mourut six jours après sa naissance.

Autre application de forceps chez l'un des fœtus (363).

La délivrance naturelle fut de règle.

Nous avons noté une procidence du cordon (obs. 363).

Signalons l'observation 168; la tête de l'enfant fut mise en position par manœuvres externes.

Les suites de couches furent normales dans tous les cas.

OBSERVATION 707

Primipare. Hydramnios aiguë.

L'hypertension due à l'hydramnios nécessita une ponction de l'œuf par voie abdominale, la ponction par voie vaginale étant impossible par suite de la proximité du pôle fœtal. Deux litres de liquide furent retirés. L'hydramnios se reforma rapidement.

Pour accélérer l'accouchement on fit une application de forceps — pour souffrance fœtale. En voulant hâter la sortie des épaules et des membres supérieurs par des tractions on fractura l'humérus de l'enfant. Celui-ci mourut 6 jours après sa naissance.

II. — *Insertion basse du placenta.*

7 Observations.

(N^{os} 8, 48, 154, 187, 206, 540, 715.)

Deux primipares (obs. 187, 540); cinq multipares.

Cinq fois sur sept, la grossesse arriva à terme.

Dans deux cas : obs. 154, la grossesse fut interrompue au septième mois; obs. 187, interruption de la grossesse au huitième mois.

Toutes les présentations ont été normales.

Signalons une procidence du cordon (obs. 715)

Et une procidence du cordon compliquée de procidence d'un membre (obs. 154).

Dans trois cas, nous trouvons un placenta proevia central (obs. 206) et deux fois un placenta proevia marginal (obs. 540, 715).

Dans toutes ces observations, l'insertion basse donna lieu à des incidents sérieux pendant l'accouchement.

L'accouchement dut être accéléré dans le cas de l'observation 715, la tête fut transformée en siège par version par manœuvres internes par suite d'une procidence du cordon. L'enfant sortit vivant.

Deux césariennes abdominales (obs. 8 et 206).

Les suites de couches furent normales, sauf pour le 206 : hémorragies après la délivrance et infection streptococcique.

Sauf pour le 154, fœtus mort-né, tous les autres enfants sont sortis vivants de la clinique.

Nous résumons ces observations :

OBSERVATION 48.

X pare. 39 ans.

Neuf grossesses antérieures dont une gémellaire.

Sept enfants vivants. Deux morts (garçon, 1912, à 1 mois 1/2, d'une méningite; fille morte à 18 jours, 1918).

Grossesse actuelle : insertion basse du placenta, accouchement prématuré spontané à 8 mois.

Enfant vivant.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 154.

V pare. 36 ans.

Accouchement prématuré à 7 mois. Enfant mort-né, proci-dence du cordon. Insertion basse du placenta, rupture préma-turée des membranes.

Trois enfants à terme. En 1920 accouchement à 8 mois, en-fant mort à 15 jours.

Antécédents : rougeole et coqueluche à 7 ans, fièvre typhoïde à 22 ans.

Cette femme a eu trois grossesses antérieures à terme.

La quatrième s'est terminée par un accouchement prématuré à 8 mois;

La cinquième se termine à sept mois par l'expulsion d'un enfant mort-né. Ces deux grossesses sont d'autre père.

La grossesse s'est passée de façon normale et sans aucune perte de sang.

Quinze jours avant son entrée à la clinique, cette femme aurait fait une chute assez violente, dans la rue, sans hémor-ragie.

Dix jours plus tard elle perd les eaux.

Les mouvements du fœtus auraient été alors plus intenses qu'à l'ordinaire ; peu de temps après, les mouvements dimi-nuèrent.

Vingt minutes après son entrée, la femme expulse un enfant mort, de 1 k. 700 non macéré. Le placenta pèse 500 gr.; il paraît œdémateux et présente des zones de dégénérescence blanchâtre.

La grande membrane mesure 35 centimètres; la petite mem-brane est inexistante.

OBSERVATION 187.

Primipare.

Placenta marginal. Pas d'hémorragie pendant la grossesse. Accouchement prématuré à 8 mois.

OBSERVATION 540.

Primipare. 24 ans.

Placenta marginal. Une hémorragie abondante quelques heures avant son entrée en travail.

La tête amorcée s'engage rapidement, les pertes de sang s'arrêtent. Délivrance naturelle.

Suites : L'involution utérine se fait mal.

OBSERVATION 715.

Placenta proëvia marginal. Version, manœuvres internes. Six jours avant l'accouchement, hémorragie brusque puis suintement pendant trois jours.

Au toucher on sent des membranes qui ne se tendent pas au moment des contractions.

Au niveau de l'orifice utérin et à sa partie postérieure on sent des cotylédons placentaires qui arrivent au contact de l'orifice.

Le palper combiné au toucher ne permet pas d'abaisser la présentation jusqu'au doigt vaginal.

On fait une version par manœuvres internes à cause de la souffrance fœtale et de la procidence (refoulée) du cordon.

Enfant, 3 kgr. 750, né étonné.

Les observations 8 et 206 sont résumées au chapitre « Césariennes ».

C) Etats pathologiques de la gestation.

I. — *Albuminurie.*

14 Observations.

(N^{os} 46, 140, 141, 186, 188, 201, 246, 253, 283, 289, 367, 552 *bis*, 569, 701.)

Six primipares (obs. 140, 141, 188, 201, 253, 569); huit multipares.

Dans onze cas, les accouchements se produisirent à terme.

Dans 3 cas, ils eurent lieu à six mois et demi (obs. 141), à huit mois (obs. 367), à sept mois (obs. 552 *bis*).

Dans la plupart des cas, un traitement approprié amena soit la disparition, soit la diminution de la quantité d'albumine dans les urines.

Il nous a été impossible, dans la plupart des cas, de déterminer la date d'apparition de l'albumine dans les urines.

Une seule de ces femmes présenta des crises d'éclampsie (obs. 569).

Une fois, on trouve un placenta très volumineux (obs. 552 *bis*).

Dans la majorité des cas, l'accouchement fut spontané; nous ne relevons que deux applications de forceps (obs. 253 et 283).

Nous résumons l'observation 283 à « Mortalité maternelle ».

Nous devons signaler l'observation 701 : il s'agit d'une femme ayant présenté des crises d'éclampsie dans un accouchement antérieur.

Quant à l'observation 246, elle figure aux rétentions de fœtus morts; la syphilis joue certainement un rôle très important, puisqu'il s'agit d'une femme à Wasserman fortement positif.

Mortalité maternelle, un cas; mortalité fœtale, un cas.

II. — *Eclampsie.*

2 Observations.

(N^{os} 569 et 608.)

Pendant leur séjour à la Clinique, deux femmes ont présenté des crises d'éclampsie, toutes les deux pendant leur grossesse.

Ces femmes sortirent guéries de la clinique,

D) Etats pathologiques généraux.

I. — Syphilis.

14 Observations.

(N^{os} 101, 184, 246, 292, 311, 363, 374, 416,
423, 436, 545, 591, 609, 619.)

Toutes ces femmes ont présenté une réaction de Wasserman positive. Deux d'entre'elles avaient été traitées pendant la gestation. Enfant normal.

Nous trouvons cinq interruptions de la grossesse (obs. 101, 246, 292, 436, 545); un accouchement au voisinage du terme (obs. 591); il s'agit d'un accouchement prématuré provoqué à huit mois et demi pour bassin rétréci. Toutes les autres grossesses sont arrivées à terme.

La mortalité infantile est considérable; nous trouvons : quatre fœtus morts et macérés (obs. 101, 246, 292, 436); un enfant mort pendant le travail (obs. 423); deux enfants morts quelques instants après leur naissance (obs. 184, 591).

Les autres enfants sortirent vivants de la Clinique.

Un seul enfant présenta des accidents palmo-plantaire.

II. — Tuberculose en évolution.

4 Observations.

(N^{os} 75, 195, 629, 637.)

que nous distinguons de la manière suivante :

1° Tuberculose pulmonaire :

Une observation : n° 629.

OBSERVATION 629.

II pare. 38 ans.

Femme présentant des bronchites toutes les années.

Bacille de Koch dans les crachats,

Première grossesse : Accouchement à terme, accéléré par application de forceps pour mauvais état maternel.

Deuxième grossesse : Dès le début, l'aspect de la mère change, son état s'aggrave. Température vespérale.

Accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Délivrance artificielle.

Enfant 1 kg. 980.

Immédiatement après l'accouchement, amélioration considérable. Tous les signes généraux s'amendent.

2° *Tuberculose laryngée* :

Deux observations : n^{os} 75, 195.

L'état de santé de la mère s'améliora de façon notable après l'accouchement (obs. 75).

Ni aggravation ni amélioration de la santé maternelle (obs. 195).

3° *Tuberculose rénale* :

Une observation : n^o 637.

Hématurie avant, pendant et après la grossesse.

E) Autres états pathologiques.

I. — Cardiopathie.

2 Observations.

(N^{os} 620 et 682.)

Sans aucune influence réciproque de la grossesse sur la maladie, de la maladie sur la grossesse.

II. — Goître exophtalmique.

1 Observation.

(N^o 668.)

Primipare. Accouchement prématuré de sept mois. Présentation normale. Délivrance naturelle. Enfant en état de mort apparente.

Aucune montée de lait après l'accouchement : agalactie absolue.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS DE LA PARTURITION

A) Dystocie de causes vulvaires et vaginales.

4 Observations.

(N^{os} 135, 239, 283, 628.)

Deux primipares; deux multipares.

Dans deux observations (135, 283), phlegmon péri-vaginal. Nous résumons ces deux observations au chapitre « Mortalité maternelle » (obs. 283), au chapitre « Dystocie col » (obs. 135).

OBSERVATION 239.

Primipare. Kyste du vagin.

Au toucher, à droite, le doigt s'embarrasse dans une tumeur très molle.

Le spéculum permet de voir une tumeur kystique au fond du vagin.

Le col, qui se trouve dans le cul-de-sac latéral droit, sous l'influence des contractions, se place au centre de l'excavation et la dilatation se fait normalement.

Le kyste se latéralise et se place à droite sous forme d'un gros bourrelet. Après l'accouchement il se confond avec le segment inférieur et ne se retrouve que difficilement,

B) Dystocie du col.

4 Observations.

(N^{os} 65, 135, 256, 497.)

Deux primipares (obs. 135, 256); deux multipares.

L'observation 65 est résumée au chapitre « Basio-tripsie ».

OBSERVATION 135.

Primipare, dystocie du col et petit fibrome cervical ayant entraîné la rigidité.

Devant la lenteur du travail, un forceps, au détroit supérieur fut jugé nécessaire et fut fait après deux incisions latérales de la portion intra-vaginale du col.

OBSERVATION 256.

Primipare. Rigidité œdémateuse du col. Bassin vicié. Forceps au détroit supérieur après dilatation bi-manuelle. Déchirure du col et lésions périnéales. Procidence du cordon. Enfant vivant.

Multipare. Rigidité œdémateuse nécessitant une dilatation bi-manuelle et une incision du col. Forceps dans l'excavation.

OBSERVATION 628.

X Pare.

Cinq accouchements à terme. Quatre enfants vivants et bien portants. Un mort.

Quatre avortements (ces derniers après les accouchements).

Grossesse actuelle : Normale. Accouchement à terme fait en ville. Quelques instant plus tard le médecin qui l'assistait constate un thrombus de la grande lèvre droite qui s'est immédiatement rompu, donnant lieu à une hémorragie abondante. La femme est dirigée sur la Clinique, d'où, après incision, curettage de la poche et résection de la partie décollée, elle sort en bon état, quinze jours après son arrivée.

C) Procidences.

I. — *Procidence du cordon.*

7 Observations.

(N^{os} 201, 246, 256, 259, 429, 453, 715.)

Trois primipares (obs. 201, 256, 429) quatre multipares.

La procédure se rencontre trois fois dans des présentations du siège et quatre fois dans des présentations céphaliques.

Dans un cas, le fœtus fut expulsé dans le courant du sixième mois, mort et macéré (obs. 246).

Dans un autre cas, signalons un fœtus mort-né (obs. 453).

Dans un cas (obs. 429), l'enfant naquit en état de mort apparente; vingt minutes de manœuvres furent nécessaires.

L'observation 715 nous signale la simultanéité de la procidence du cordon et d'un placenta prævia marginal; on dut accélérer l'accouchement et transformer la présentation de la tête en présentation du siège par version, par manœuvres internes.

II. — *Procidence d'un membre.*

1 Observation.

(N^o 353.)

Primipare. On réduirait la procidence par la pose d'un ballon de Champetier et, pour souffrance fœtale, on fit une application de forceps.

III. — *Procidence du cordon compliquée d'une procidence d'un membre.*

3 Observations.

(N^{os} 154, 208, 363.)

Un primipare (obs. 208); deux multipares.

Dans deux cas, nous les trouvons dans des grossesses gémellaires (obs. 208, 363); dans la première de ces obser-

vations, nous devons signaler un enfant mort-né et l'autre mort le lendemain; dans la deuxième observation, il s'agit d'une femme à Wasserman positif avec hydramnios.

L'observation 154 signale une insertion basse du placenta, une rupture prématurée des membranes; il s'agit d'un accouchement prématuré à sept mois avec un enfant mort-né.

Dans tous ces cas, le membre procident fut le membre supérieur.

Incidemment, nous signalerons les circulaires du cordon. Nous avons noté :

Cinq circulaires : observation 440.

Trois circulaires : observation 151.

Deux circulaires : observations 5, 190, 253, 360, 589.

Une circulaire : obs. 174, 252, 273, 424, 427, 435, 480, 527, 574, 599, 607, 639.

Pour les grossesses gémellaires, on dut recourir à une application de forceps pour le fœtus présentant les procidences.

Nous devons signaler l'extrême longueur du cordon (1 mètre 28) que nous rapporte l'observation 440; par contre, l'observation 238 nous signale un cas de brièveté du cordon, dans cette observation l'enfant se présentait par le siège; on dut pratiquer un forceps sur tête dernière pour accélérer l'accouchement. Enfant vivant.

Enfin, par deux fois (obs. 73 et 292), le cordon se rompit pendant la délivrance.

L'observation 292 se rapporte à un accouchement prématuré, six mois et demi. Chez une femme à Wasserman positif : fœtus mort et macéré.

Les suites de couches furent normales dans presque tous les cas.

Une seule fois : observation 73, injection puerpérale. La femme transatée à Canolle sortit guérie un mois après.

D) Viciations pelviennes.

1° *Bassins rachitiques.*

44 Observations.

(N^{os} 8, 16, 22, 24, 40, 47, 50, 60, 80, 82, 119, 142, 149, 151, 152, 154, 156, 158, 191, 200, 213, 214, 216, 244, 256, 266, 307, 356, 366, 403, 429, 460, 507 *bis*, 563, 591, 599, 600, 632, 646, 648, 679, 682, 691, 702.)

Vingt-deux primipares; vingt-deux multipares.

Sept césariennes ont été pratiquées (obs. 8 47, 156, 158, 213, 507 *bis*, 679) dont une itérative (obs. 679).

Six accouchements prématurés provoqués (obs. 24, 191, 266, 403, 563, 591).

Trente-et-un accouchements par les voies naturelles au voisinage du terme, trois fois ces accouchements provoqués furent terminés au forceps.

Dans douze autres cas application de forceps.

Enfin, dans dix-neuf observations, l'accouchement fut spontané.

Dans un cas (obs. 646) l'échec de la version et du forceps firent terminer l'accouchement par une basiotripsie.

Une observation (191) nous signale des hémorragies de la délivrance.

Parmi les dix-neuf accouchements spontanés, quatre eurent lieu prématurément à différents âges de la grossesse :

Deux fois au septième mois (obs. 152, 154).

Une fois au huitième mois (obs. 356).

Une autre fois au voisinage du terme, 8 mois $\frac{1}{4}$ (obs. 16).

Quinze délivrances artificielles dont sept complétèrent la césarienne et la basiotripsie et six des applications de forceps.

Nous notons dans neuf observations des lésions vulvo-périnéales nécessitant deux ou trois points de suture au maximum.

Rien à signaler au point de vue maternel.

Au point de vue enfant, cinq décès : quatre enfants morts-nés, un enfant mort après la naissance (obs. 591).

Nous devons signaler dans cette observation (591) que le Wasserman était positif chez la mère.

Tous les autres enfants sortirent vivants de la Clinique et en bon état, sauf l'enfant de l'observation 119 qui a présenté du coryza des nourrissons.

Deux fois (obs. 149 et 563), versions par manœuvres externes pendant la grossesse. L'observation 563 est résumée au chapitre « Accouchements provoqués ».

Nous résumons les sept observations césariennes dans un chapitre spécial qui fait partie des « Interventions obstétricales ».

2° Bassin de Nægelé.

1 Observation.

(N° 408.)

Nous résumons cette observation au chapitre « Malformation utérine », la malformation de l'utérus semblant être la cause principale de l'accouchement dystocique.

3° Bassin coxalgique.

1 Observation.

(N° 18.)

Primipare. Accouchement normal spontané à terme. La mère et l'enfant sortirent en bon état de la Clinique.

4° Luxation congénitale de la hanche.

3 Observations.

(N°s 27, 39, 422.)

Trois primipares. Il s'agit de trois luxations uni-latérales gauches, accouchements spontanés au voisinage du terme.

5° Cypho-scoliose.

(N° 487.)

Il s'agit d'une primipare, présentation du siège, accouchement à terme.

CHAPITRE VI

COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

1°) Hémorragies de la délivrance.

4 Observations.

(N^{os} 163, 191, 271, 410.)

Trois primipares (obs. 163, 271, 410) ; une multipare.

Dans deux cas l'hémorragie nécessita une délivrance artificielle (obs. 191, 140).

Dans deux autres cas, l'hémorragie survint après la délivrance (obs. 163, 271).

Elles furent traitées par des injections intra-utérines chaudes.

Les suites de couches furent normales.

Mères et enfants quittèrent la Clinique en bonne santé.

CHAPITRE VII

INTERVENTIONS OBSTETRIQUES

1° Gestation.

a) *Accouchements prématurés provoqués.*

6 Observations.

(N^{os} 24, 191, 266, 403, 563, 591.)

Tous furent provoqués au voisinage du terme (8 mois $\frac{1}{2}$) pour bassin vicié.

Les suites de couches furent normales et les femmes sortirent en bon état de la Clinique.

Mortalité maternelle : 0.

Mortalité infantile : 2 : 1 mort-né (obs. 24); 1 enfant mort quelques heures après la naissance (591).

Dans trois cas (obs. 24, 191, 266), application de forceps.

Nous devons signaler que dans l'observation 591 il s'agit d'un accouchement prématuré provoqué chez une femme à réaction de Bordet-Wasserman fortement positive.

L'autopsie du fœtus montre la persistance d'un trou de Botal largement ouvert et ne présentant qu'une valvule au lieu de deux.

b) *Versions par manœuvres externes.*

10 Observations.

(N^{os} 120, 149, 233, 438, 452, 563, 612 bis, 648, 703, 706.)

Dans neuf cas, la version a donné de bons résultats grâce à l'application d'un bandage du corps.

Plusieurs tentatives de versions furent tentées sans résultat dans l'observation 612 *bis*. Au moment du travail, on dut avoir recours à la version podalique et à l'extraction du siège.

2° Parturition.

a) *Forceps*.

83 Observations.

(N^{os} 22, 24, 61, 65, 80, 82, 142, 175, 191, 214, 253, 283, 363, 516, 648, 666, 707.)

(N^{os} 31, 50, 70, 73, 116, 181, 182, 201, 207, 238, 256, 266, 268, 269, 271, 353, 356, 366, 402, 424, 426, 428, 446, 450, 459, 463, 480, 485, 486, 497, 505, 522, 523, 529, 586, 620, 629, 639, 646, 655, 675, 682, 700.)

(N^{os} 5, 75, 121, 135, 144, 174, 188, 208, 259, 273, 314, 359, 410, 427, 435, 448, 544, 624, 633, 661, 674, 689.)

Chacun de ces alinéas correspond au niveau du bassin où l'application du forceps a été faite :

Détroit supérieur : 17 applications dont 7 chez des primipares.

Excavation : 43 applications dont 25 chez des primipares.

Détroit inférieur : 23 applications dont 16 chez des primipares.

81 applications de forceps furent faites sur des présentations du sommet.

Une application de forceps sur présentation de la face (obs. 366) et une application sur tête dernière, après extraction du siège (obs. 268).

Les applications de forceps furent indiquées :

1° *Application au détroit supérieur :*

9 fois pour bassins viciés dont 3 chez des primipares.

1 fois pour fibrome.

1 fois pour résistance des parties molles.

Et 12 fois la souffrance fœtale en a été la cause déterminante.

5 délivrances artificielles.

Nous relevons 6 lésions vulvo-périnéales dont 3 par épisiotomies.

Mortalité infantile : 3 morts-nés (observ. 24, 61, 65);

2 enfants morts après la naissance (obs. 283, 707).

2° *Application dans l'excavation :*

7 fois pour bassins viciés dont 5 chez des primipares.

11 fois pour inertie utérine et défaut de progression.

1 fois pour résistance des parties molles.

1 fois pour dystocie du col.

3 fois pour mauvais état maternel.

Et 36 fois pour souffrance fœtale.

Signalons 17 lésions vulvo-périnéales dont 10 par épisiotomies.

Mortalité infantile :

1 mort-né (obs. 700);

1 mort après la naissance (obs. 428).

3° *Application au détroit inférieur :*

8 fois pour défaut de progression.

3 fois pour mauvais état maternel.

Et 12 fois pour souffrance fœtale.

11 délivrances artificielles.

Signalons 12 lésions vulvo-périnéales dont 7 par épisiotomie.

Mortalité infantile : 1 mort après la naissance (observation 208). Dans cette observation il s'agit d'une grossesse gémellaire, un des fœtus était mort-né, l'autre est mort le lendemain.

Dans tous ces cas les suites de couches furent normales.

b) *Versions par manœuvres internes.*

6 Observations.

(N^{os} 65, 208, 219, 363, 445, 715.)

Nous résumons ces observations : obs. 65 à « basiotripsie » ; obs. 208 et 363 à « grossesse gémellaire » ; obs. 715 au chapitre « Insertion basse ».

Mortalité maternelle : 0.

Mortalité infantile : 2 (obs. 214 et 208).

OBSERVATION 214.

Il s'agit d'un gros enfant : 3 kgs 990. Souffrance fœtale et longueur du travail. Une application de forceps est tentée sans résultat au détroit supérieur. Version par manœuvres internes. L'enfant meurt pendant l'intervention. Délivrance spontanée.

Les suites furent normales.

OBSERVATION 445.

Présentation de la tête en G.I. Rupture prématurée des membranes. La longueur du travail et le défaut de progression font décider l'intervention. Version par manœuvres internes. Enfant vivant.

Les suites furent normales.

c) *Basiotripsie.*

2 Observations.

(N^{os} 65 et 646.)

Nous résumons ces observations :

OBSERVATION 65.

Primipare. 29 ans. Gros enfant : 4 kgs 950. Dégénérescence fibreuse de l'utérus. Dystocie du col. Ballon. Echec. Application forceps du détroit supérieur. Version. Perforation de la tête dernière. Déchirure complète du périnée.

Opérateurs : M. Faugère, M. Boursier.

A son entrée dans le service, cette femme présente un col effacé dans sa partie droite, à gauche et en arrière, il a encore toute sa longueur avec consistance cartilagineuse.

A 17 h. 30, le 4 février 1922, on met un ballon qui est expulsé à 19 h. 30.

La rupture de la poche des eaux s'est effectuée la veille; toutefois au moment de l'intervention il y a encore du liquide.

A 21 h. 15, sous chloroforme, on tente une application de forceps au détroit supérieur en directe.

Les bruits du cœur sont bons. On ne parvient pas à engager la tête. On tente alors la version. Une fois l'extraction du siège et du tronc obtenue on ne parvient pas à abaisser les bras.

On commence l'embryotomie thoracique. On extrait le foie du fœtus, puis on abaisse le bras postérieur, puis l'antérieur.

On termine par une perforation de la tête dernière.

Observation sur la délivrance : Après la délivrance on constate qu'il n'existe pas de déchirure du col remontant jusqu'au segment inférieur; en outre, au niveau de la partie gauche et antérieure du segment inférieur, on constate que la transition est insensible entre ce dernier et le corps.

Déchirure complète du périnée.

OBSERVATION 646.

II pare. 40 ans.

Bassin généralement rétréci.

Première grossesse : Grossesse tubaire à 38 ans.

Deuxième grossesse : Actuelle.

Accouchement à terme. Travail long et pénible. Membranes rompues depuis 48 heures. Gros fœtus en position trans-

verse. Dilatation à 2 frs, stationnaire. Ballon de Champetier, à 18 h. 30, expulsion spontanée à 21 h. 30. Tête non engagée mais appliquée au détroit supérieur. On tente une application de forceps, mais en vain. On essaie la version par manœuvres internes, mais la main une fois dans l'utérus est arrêtée entre la tête et l'épaule par un anneau de contraction. Les mouvements de la main sont très pénibles. On sent le pied du fœtus, mais on ne peut le saisir.

Basiotripsie quand on ne sent plus battre le cordon. Basiotripsie, haute et difficile, la tête tournant avec le perforateur malgré les efforts de l'aide pour la tenir immobile. Extraction très difficile des épaules qui semblent retenues par un obstacle invisible.

Délivrance artificielle. L'extirpation de l'utérus rend alors compte que la partie postérieure est très épaisse et révèle l'existence d'un fibrome auquel on rapporte les difficultés de l'accouchement.

d) *Curage digital.*

2 Observations.

(N^{os} 416 et 417.)

e) *Ecouvillonnage.*

2 Observations.

(N^{os} 228, 401.)

f) *Incision du col.*

3 Observations.

(N^{os} 135, 191, 497.)

Dans ces trois cas il s'agit d'œdème du col auquel se surajoute, pour l'observation 135, un petit fibrome cervical.

g) *Opérations césariennes conservatrices.*

9 Observations.

(N^{os} 8, 47, 156, 158, 206, 213, 408, 507 *bis*, 679.)

Cinq primipares (obs. 156, 158, 213, 408, 507 *bis*) ; quatre multipares.

L'opération césarienne fut pratiquée sept fois pour bassins rachitiques ; 1 fois pour bassin de Nœgelé et utérus unicorne (obs. 408) ; et 1 fois pour placenta prævia (observation 206).

Nous résumons ces observations, sauf l'observation 206, dont il est déjà parlé au chapitre « Placenta prævia », et l'observation 408 au chapitre « Malformation utérine ».

OBSERVATION 8.

II pare. 38 ans.

Femme présentant une fistule recto-vaginale.

Bassin généralement rétréci. P. s. P. 10 cm.

1° Première grossesse : Accouchement prématuré terminé au forceps. Lésions vulvo-périnéales. Suites de couches fébriles.

2° Grossesse actuelle : normale. En présence du rétrécissement du bassin et de la persistance de la fistule recto-vaginale (le toucher ramenant des matières fécales) on décide d'extraire l'enfant par voie haute.

Opération césarienne avant tout début de travail à l'époque probable du terme.

Anesthésie au chloroforme.

Aucun incident opératoire.

Durée totale de l'intervention : 32 minutes.

Suites de couches : Température à 38° pendant 5 jours paraissant due à une congestion des deux bases pulmonaires.

Lochies normales en quantité et qualité.

Enfant en bon état : poids 2 kgs 570.

La mère et l'enfant quittent l'hôpital, en bonne santé, vingt jours après.

On note une insertion basse du placenta.

OBSERVATION 47.

IV pare. 25 ans. P. s. P. 10 cms.

1° Première grossesse, à 22 ans : Avortement à 3 mois 1/2.
Curettage.

2° Deuxième grossesse, 1920 : Accouchement à terme (rupture de la poche des eaux, trois jours avant). Basiotripsie.

3° Avortement à 2 mois (décembre 1920).

4° Grossesse actuelle : En présence du rétrécissement du bassin et sur la demande de la mère, pour avoir un enfant vivant, on décide d'extraire l'enfant par la voie haute.

Le 25 février 1922 : Césarienne avant tout début de travail.

Anesthésie au chloroforme.

Technique habituelle.

Aucun accident opératoire.

Suites de couches normales.

Enfant vivant : Poids, 2 kgs 750, à la sortie de la clinique, le 22 février.

OBSERVATION 156.

Primipare. 38 ans.

Bassin aplati et généralement rétréci. Promontoire à bout de doigt. Césarienne conservatrice. Opérateur : M. le Professeur Rivière.

Anesthésie au chloroforme.

Technique habituelle.

On constate que le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus.

Pas d'hémorragie.

Enfant, poids : 3 kgs 180, né en état d'asphyxie bleue est difficilement ranimé.

La femme a, par la suite, présenté une dilatation aiguë de l'estomac et un certain état péritonéal avec météorisme et tympanisme. Escarre sacrée.

La mère et l'enfant quittent la Clinique en excellente santé deux mois après l'intervention.

OBSERVATION 157.

Primipare. 19 ans.

Sans antécédent; bassin juxta-minor. Césarienne. Opérateur : M. Boursier.

Technique habituelle.

Suture en deux plans; suture de la paroi en trois plans.

Suites normales.

Enfant vivant : 3kgs 550.

OBSERVATION 206.

Primipare. 25 ans.

Placenta prævia central. Hémorragie à 7 mois. Pertes abondantes.

Antécédent : Thyroïdectomie en 1921.

Césarienne conservatrice avant tout début de travail : 11 avril 1922.

Opérateur : M. le Professeur Rivière.

Anesthésie au chloroforme.

La délivrance est délicate par suite d'adhérences.

Hémorragie abondante du corps utérin qui est resté mou, le segment inférieur saigne un peu.

Enfant vivant, poids : 3 kgs 200.

Stock obstétrical (caféine, huile camphrée).

Sérum artificiel.

La mère et l'enfant quittent la Clinique, en bonne santé, le 4 mai.

OBSERVATION 213.

Primipare. 18 ans.

Bassin rachitique. P. s. P. 9 cm. 5.

Tête débordante.

Opération césarienne, au début du travail, le 14 avril 1922.

Opérateur : M. Boursier.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incident opératoire.

Enfant en état de mort apparente, ranimé au bout de dix minutes. Poids : 2 kgs 540.

Suites de couches normales.

Chez l'enfant, au huitième jour : oppression, polypnée; râles nombreux à la base droite.

Mère et enfant quittent la Clinique, le 6 mai, en bon état.

OBSERVATION 507 bis.

II pare, 29 ans.

1° Première grossesse : normale, accouchement à terme d'un gros enfant qui succombe au cours d'une application de forceps.

2° Deuxième grossesse : normale.

Bassin rachitique. Promontoire 9 cm. 5.

Tête débordante.

Opération césarienne conservatrice six heures après le début du travail.

Membranes intactes.

Opérateurs : MM. les Docteurs Marc Rivière et Boursier.

Laparatomie. Hystérectomie totale.

Au cours de l'énucléation l'œuf se rompt. Le liquide amniotique est teinté de méconium.

Pas d'hémorragie.

Suture utérine non perforante. La suture séro-séreuse tentée est impossible, les points coupent malgré les précautions prises. On fait alors des points superficiels d'affrontement de la séreuse entre les points profonds.

Suture de la paroi abdominale en trois plans, quatre fils d'argent.

Enfant en état de mort apparente ranimé au bout de quinze minutes. Poids : 8 kgs, 360.

Suites de couches normales.

Mère et enfant quittent la Clinique en excellent état.

OBSERVATION 679.

Multipare, 22 ans.

Bassin vicié. P. s. P. 10 cm. 5.

Césarienne itérative,

1° Première grossesse en 1921, terminée par une césarienne.
Enfant 3 kgs 100.

2° Deuxième grossesse en 1922 : début : cinq mois après le premier accouchement.

Grossesse absolument normale.

Tête débordante.

Intervention avant tout début de travail.

Opérateur : M. le Professeur Rivière.

Anesthésie au chloroforme. Pas d'incident opératoire. Suture utérine en deux plans. Suture de la paroi en trois plans.

Suites normales.

Enfant vivant : 3 kgs 600.

Mère et enfant quittent la Clinique vingt jours après en excellent état.

h) Césarienne suivie d'hystérectomie totale.

1 Observation.

(N° 512.)

Primipare. 32 ans.

Fibrome prævia.

Pas d'antécédent héréditaire.

Antécédents personnels : Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Grippe en 1918. Ictère infectieux en 1919.

Bassin normal. On tente l'épreuve du travail. Le fibrome paraît remonter du côté droit, mais, devant la longueur du travail et la souffrance fœtale on intervient.

Opération césarienne, le 8 septembre 1922.

Opérateur : M. le Professeur agrégé Faugère.

Hystérectomie totale.

Anesthésie au chloroforme.

Durée de l'intervention : 1 h. 30.

Enfant, poids : 3 kgs 6000 assez difficilement ranimé.

Suites de couches normales.

La mère ne pouvant allaiter complètement son enfant, celui-ci est mis à l'allaitement nixte,

Mère et enfant quittent l'hôpital, en excellente santé, trente jours après l'intervention.

i) *Episiotomies.*

37 Observations.

(N^{os} 5, 15, 22, 138, 148, 173, 191, 207, 234, 253, 256, 266, 273, 314, 366, 372, 383, 393, 410, 423, 426, 450, 459, 460, 505, 514, 523, 544, 590, 654, 666, 671, 674, 676, 682, 709.)

Trente-trois primipares; quatre multipares.

j) *Sutures du périnée.*

Sutures du périnée 104

(N^{os} 5, 10, 11, 14, 15, 22, 58, 65, 73, 77, 82, 96, 99, 138, 148, 166, 173, 174, 182, 191, 205, 207, 218, 234, 248, 253, 256, 259, 266, 268, 269, 273, 290, 314, 320, 322, 325, 333, 359, 365, 366, 370, 372, 383, 386, 393, 397, 410, 417, 421, 423, 426, 427, 428, 440, 448, 450, 451, 459, 460, 464, 471, 490, 493, 494, 498, 505, 514, 517, 520, 522, 523, 529, 530, 539, 540, 543, 544, 551, 553, 561, 562, 572, 579, 585, 590, 618, 619, 625, 633, 647, 648, 652, 654, 665, 666, 671, 674, 676, 681, 682, 691, 709, 712.)

3° Délivrance artificielle.

41 Observations.

(N^{os} 8, 22, 47, 73, 92, 156, 158, 191, 200, 206, 213, 214, 266, 268, 292, 314, 406, 408, 410, 448, 466, 480, 497, 502, 507 *bis*, 512, 529, 545, 563, 572, 612, 629, 639, 646, 655, 666, 675, 679, 699, 700.)

Vingt primipares; vingt-et-une multipares.

2 délivrances artificielles pour hémorragies de la délivrance.

19 délivrances artificielles à la suite d'application de forceps.

2 délivrances artificielles à la suite de basiotripsie.

Toutes ces femmes, moins une, sortirent guéries de la Clinique, dans presque tous les cas les suites de couches furent normales, sauf la femme dont il est parlé (obs. 73), qui fut dirigée sur Canolle pour infection utérine d'origine streptococcique.

CHAPITRE VIII

PATHOLOGIE DES SUITES DE COUCHES

1° Infection utérine.

Parmi les vingt-deux femmes qui présentèrent des signes d'infection utérine, trois moururent (obs. 209, 283, 485), une à la Clinique, deux à Canolle. Les autres sortirent guéries.

Sept femmes furent transférées à Canolle :

4 (obs. 73, 178, 222, 255) pour infection streptococcique.

1 (obs. 16) pour abcès du sein.

1 (obs. 225) pour menace de phlébite.

Enfin la septième (obs. 348) pour infection puerpérale, sortit, sur sa demande expresse, de Canolle le jour même de son admission.

Les six autres femmes quittèrent Canolle en excellent état ainsi que leurs enfants.

2° Phlébite des membres inférieurs.

1 Observation.

(N° 413.)

La femme sortit guérie au soixante-dixième jour.

3° *Infection mammaire.*

30 Observations.

(N^{os} 73, 129, 173, 191, 277, 285, 297, 317, 331, 373, 384, 393, 407, 421, 462, 471, 483, 494, 507 *bis*, 511, 530, 551, 552 *bis*, 571, 578 *bis*, 611, 622, 655, 701.)

La guérison fut obtenue rapidement.

Dans trois cas, il y eut abcès, ces abcès furent rapidement guéris.

CHAPITRE IX

MORTALITE MATERNELLE

3 Observations.

(N^{os} 209, 283, 485.)

Une seule de ces femmes (obs. 283) dont nous résumons l'observation mourut à la Clinique.

Les deux autres décédèrent à Canolle. L'une (obs. 209) douze heures après son entrée dans le Service. L'autre (obs. 485) dix jours après, toutes les deux d'infection streptococcique.

OBSERVATION 283.

Multipare. Présentation normale. Application de forceps au détroit supérieur pour longueur de travail.

L'enfant mourut dix heures après sa naissance, la mère est morte dix jours après son accouchement (30 mai, à 22 heures).

Présence d'albumine pendant la grossesse.

Phlegmon sans péritonéal et un hématome sans rupture utérine.

Nécropsie : L'examen de l'utérus permet de reconnaître qu'il n'y a pas de rupture.

La vessie, très adhérente à la paroi, présente une muqueuse entièrement sphacélée, une collection franchement purulente et sans caillot remonte en arrière dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, vers le rein gauche. Le foie, les reins et tous les viscères sont en état de décomposition cadavérique tel qu'on ne peut nettement reconnaître leurs caractères nécroscopiques.

CHAPITRE X

PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NE

1° Malformations fœtales.

13 Observations.

Nous signalerons :

Pieds-bots varus : observations 166, 345, 408.

Pied-bot valgus : observation 276.

Dactylites : observat. 74, 83, 104, 132, 133, 134, 162, 408.

Hernie ombilicale : observation 612.

2° Maladies ou accidents survenus à l'enfant.

11 Observations.

Paralysie radiculaire : observation 40.

Paralysie faciale : observation 505 (par application de forceps).

Pemphigus : observations 118 et 619.

Sclérème : observations 610 et 662.

Coryza des nourrissons : observation 119.

Conjonctivite (au septième jour) : observation 116.

Spasme médio-gastrique : observation 585.

Fractures : clavicule : observation 402.

— humérus : observation 707.

3° *Mortalité infantile.*

I. — Fœtus morts pendant la gestation	6
II. — Fœtus morts pendant l'accouchement	13
A terme ou au voisinage du terme	11
Prématurés	2
III. — Enfants morts après la naissance	22
Nés à terme ou au voisinage du terme	15
Nés prématurément	7
Morts au 1 ^{er} jour	8
— 2 ^e jour	8
— 3 ^e jour	3
— 4 ^e jour	2
— 6 ^e jour	1

Les sept enfants prématurés sont morts : trois le jour de la naissance, les quatre autres le lendemain.

CONCLUSIONS

Il ressort de cette étude que la mortalité maternelle est très faible; malheureusement la mortalité infantile est plus élevée.

Parce qu'il s'agit de femmes venues consulter dès les premiers troubles de la menstruation, femmes qui par la suite revinrent se faire examiner, en un mot de femmes dont la grossesse a été suivie, nous nous permettons d'insister sur la nécessité d'avertir toutes les femmes de l'utilité d'un examen lorsqu'elle croit en une possibilité de grossesse, et cela afin d'éviter les complications.

L'analyse des urines, la prise de la tension artérielle permettront, dans bien des cas, de prévenir les troubles d'auto-intoxication gravidiques, l'éclampsie.

La réaction de Bordet-Wasserman, au besoin après réactivation, sera pratiquée dans tous les cas suspects; le traitement spécifique tel qu'il est institué dans les dispensaires donnant d'excellents résultats.

La connaissance exacte du bassin, la correction des présentations vicieuses éviteraient les mortalités fœtales trop fréquentes dans les anciennes statistiques.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

D^r M. RIVIÈRE.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 12 Mai 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
STATISTIQUE GÉNÉRALE	9
I. AVORTEMENTS	10
II. RETENTIONS DE FŒTUS MORTS	11
III. ACCOUCHEMENTS	12
1°) Présentation	12
2°) Présentations anormales	13
a) <i>Présentation du siège</i>	13
b) <i>Présentation de la face</i>	14
c) <i>Présentation de l'épaule</i>	14
3°) Gestation multiples	15
4°) Grossesse extra-utérine	16
5°) Accouchements prématurés spontanés	17
6°) Primipares	18
7°) Multipares	20
IV. COMPLICATIONS DE LA GESTATION	23
A) Utérus	23
I. <i>Malformations</i>	23
II. <i>Fibromes</i>	24
III. <i>Endométrites</i>	25
B) Œuf	26
I. <i>Hydramnios</i>	26
II. <i>Insertion basse du placenta</i>	27
C) Etats pathologiques de la gestation	29
I. <i>Albuminurie</i>	29
II. <i>Eclampsie</i>	30

D) Etats pathologiques généraux.....	31
I. <i>Syphilis</i>	31
II. <i>Tuberculose en évolution</i>	31
E) Autres états pathologiques	32
I. <i>Cardiopathie</i>	32
II. <i>Goître exophtalmique</i>	32
V. COMPLICATIONS DE LA PARTURITION	33
a) Dystocie de causes vulvaires et vaginales	33
b) Dystocie du col	34
c) Procidences.....	35
1°) <i>Procidences du cordon</i>	35
2°) <i>Procidences d'un membre</i>	35
3°) <i>Procidences du cordon compliquées d'une</i> <i>procidence d'un membre</i>	35
d) Viciations pelviennes.....	37
1°) <i>Bassin rachitique</i>	37
2°) <i>Bassin de Nœgélé</i>	38
3°) <i>Bassin coxalgique</i>	38
4°) <i>Luxation congénitale de la hanche</i>	38
5°) <i>Cypho-scoliose</i>	38
VI. COMPLICATIONS DE LA DÉLIVRANCE.....	39
1°) <i>Hémorragies de la délivrance</i>	39
VII. INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES.....	40
1°) Gestation.....	40
a) <i>Accouchements prématurés provoqués</i>	40
b) <i>Versions par manœuvres externes</i>	40
2°) Parturition.....	41
a) <i>Forceps</i>	41
1°) <i>application au détroit supérieur</i>	42
2°) <i>application dans l'excavation</i>	42
3°) <i>application au détroit inférieur</i>	42
b) <i>Versions par manœuvres internes</i>	43
c) <i>Basiotripsie</i>	43
d) <i>Curage digital</i>	45
e) <i>Ecouvillonnage</i>	45
f) <i>Incisions du col</i>	45
g) <i>Opérations césariennes conservatrices</i>	46

h) Césariennes suivies d'hystérectomie totale ..	50
i) Episiotomies	51
j) Sutures du périnée	51
3°) Délivrance artificielle	51
VIII. PATHOLOGIE DES SUITES DE COUCHES	53
1°) Infection utérine.....	53
2°) Phlébite des membres inférieurs	53
3°) Infection mammaire	54
IX. MORTALITÉ MATERNELLE	55
X. PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NÉ.....	57
1°) Malformations fœtales.....	57
2°) Maladies ou accidents survenus à l'enfant	57
3°) Mortalité infantile	58
CONCLUSIONS.....	59

50	b) Casionnes minus d'physiologie totale
51	i) Epistomies
51	j) Sutures du péricrâne
51	3°) Délivrance artificielle
53	VII. PATHOLOGIE DES SUITES DE COUCHES
53	1°) Infection utérine
53	2°) Périphérie des membres inférieurs
54	3°) Infection mammaire
55	IX. MORTALITÉ MATERNELLE
57	X. PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NÉ
57	1°) Malformations fœtales
57	2°) Maladies ou accidents survenus à l'enfant
58	3°) Mortalité infantile
59	CONCLUSIONS

